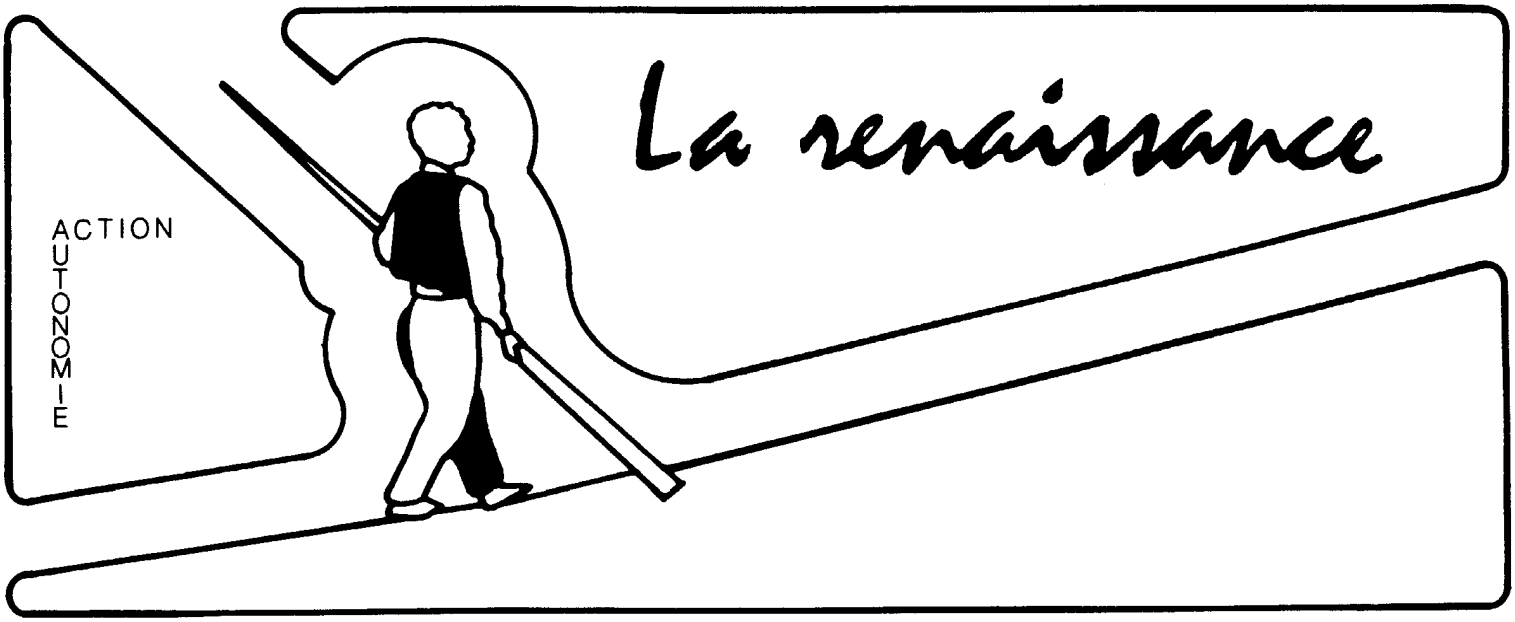


Volume 12 mai 2005 Numéro 1

Projet de Loi 83
Le misistre Couillard doit faire marche arrière

Deux ans de gouvernement Charest
Gouverner sur le dos des plus pauvres!!

Proposition pour une politique de l'habitation
***Le RCLALQ propose sa propre politique de l'habitation*!**

Plan d'action en santé mentale
Un goût amer!

Pourquoi les électrochocs doivent être abolis!

La Renaissance

La Renaissance est le bulletin d'information d'Action Autonomie, le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal. La Renaissance est un bulletin trimestriel. Il se veut un outil d'information sur les droits et recours en santé mentale ainsi que sur les activités, les recherches et les actions menées par Action Autonomie. Les opinions émises dans le bulletin n'engagent que leurs auteurs. Toute reproduction de texte est encouragée à la condition d'en mentionner la source.

Comité journal

Anne-Marie Chatel
Ghyslain Ferland
Ghislain Goulet
Wilfrid Essiambre
Michelle Grenier

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron
Claudelle Cyr
Nicole Cloutier
Martin Lauzon
Sébastien Bois
Roger Boisvert
Michael Hogan

Production

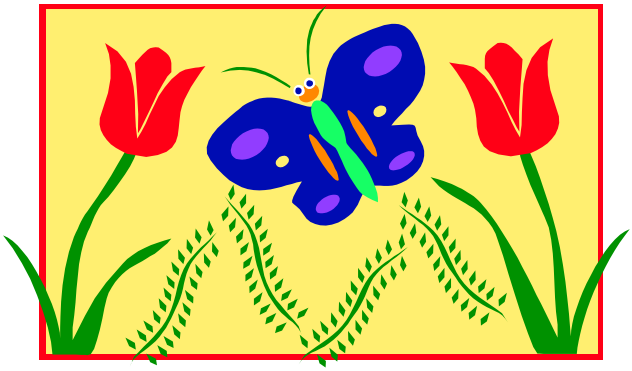
Action Autonomie, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Pour plus d'informations communiquer avec:

Action Autonomie
"La Renaissance"
1260 Sainte-Catherine Est #208
Montréal, Qc. H2L 2H2
Téléphone: 525-5060
Télécopieur: 525-5580

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2005

L'équipe d'Action Autonomie vous souhaite un bel été!



Vous voulez participer à La Renaissance

Prochaine parution: septembre 2005
Date de tombée pour les articles: août 2005

Le Billet doux

Une chronique pour vous. Vous voulez commenter l'actualité, vous voulez en rire, vous voulez tourner en dérision nos dirigeants? Cette chronique est pour vous. Faites-nous parvenir vos ***BILLETS*** et on se fera un plaisir de les publier.

Sommaire

Contention et isolement
La santé mentale, une priorité nationale? pages 3-4

Politique de l'habitation
Le Regroupement des comités logements prend les devants! pages 4-5
Un conseiller municipal allergique aux pauvres page 10

Enjeux
La psychiatrisation des problèmes sociaux! pages 6-7-8

Deux ans de gouvernement libéral
Des reculs et encore des reculs pour les droits sociaux page 9

Projet de Loi 83
Plaidoyer pour une pleine reconnaissance;
Confidentialité et consentement remis en question! pages 11 à 14

Plan d'action en santé mentale 2005-2008
Un goût amer! pages 14-15

Lutte à la pauvreté
Promesses libérales = Appauvrissement de la population page 16

Marche mondiale des femmes
Un mouvement irréversible! page 17

Garde en établissement
On enfermait encore beaucoup en 2004 page 18

Infos-Électrochocs
Déclaration commune:
Pourquoi les électrochocs doivent être abolis! pages 19-20
L'enfer de la médaille pages 20-21

Témoignage
Déménager pour changer de docteur page 22

vol 12 no 1, mai 2005

Contention et isolement

La santé mentale, une priorité nationale?

Par Claudelle Cyr

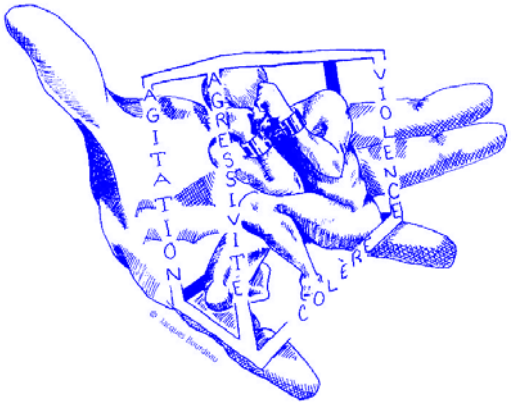
En janvier 2005, les médias titraient à grand trait que le ministre de la santé, Philippe Couillard, faisait de la santé mentale une priorité nationale. On pourrait donc espérer beaucoup de notre cher ministre. Pourtant, si l'on s'attarde à des mesures bien concrètes qui devaient être mises de l'avant bien avant janvier 2005 dans le domaine de la santé mentale, force nous est de constater que cela a fait couler beaucoup d'encre, mais bien peu d'action. À ce titre, le dossier de l'utilisation des mesures de contrôles telles l'isolement et la contention en psychiatrie est un exemple frappant du laxisme dont fait preuve notre gouvernement.

En vertu de l'article 118.1 de la Loi sur la santé et les services sociaux adopté en 1998, « Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures ». C'est en 2002, soit quatre (4) ans après l'adoption de cet article de loi, que le gouvernement alors en place (le parti Québécois) faisait connaître ses orientations en un plan d'action concernant l'utilisation des mesures de contrôles.

Le plan d'action prévoyait que les établissements révisent leur protocole d'intervention en regard de l'utilisation des mesures de contrôles et les soumettent à l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (anciennement la Régie Régionale) pour approbation avant décembre 2003. Pour la région Montréalaise, l'Agence avait repoussé l'échéancier à février 2004.

Qu'est–ce donc que ces orientations?

Les orientations ministérielles visent à donner les grandes lignes sur la philosophie d'intervention qui doit sous-tendre dans les établissements afin de réduire, voire éliminer les pratiques d'isolement et de contentions. Ainsi, les établissements sont invités à faire preuve d'initiative et d'imagination afin de mettre



de l'avant des alternatives pouvant pallier à l'utilisation de telles mesures. Cela implique évidement un changement de culture organisationnelle. Le gouvernement semblait avoir la volonté d'agir. Le plan d'action propose d'ailleurs des formations aux différents directeurs et intervenants appelés à évaluer l'utilisation des mesures de contrôles ou à les mettre en application. Chaque Agence doit avoir un répondant régional concernant ce dossier. Les choses semblent prendre forme. Mais pourtant….

Trois ans plus tard, triste constat…

En janvier 2005, Action Autonomie a demandé au quatorze (14) établissements de la région de Montréal leur protocole d'intervention en regard de l'utilisation des mesures de contrôle qui devait être révisé depuis au moins février 2004. Malheureusement, seulement huit (8) centres hospitaliers ont donné suite à notre demande. De ces huit établissements, seulement deux avaient adapté leur protocole en tenant compte des objectifs émis dans les orientations ministérielles.

À ce jour, rien ne nous indique qu'un suivi est fait de la part du ministre de la santé concernant ce dossier. À l'Agence de Montréal on nous signale que, étant donné la réorganisation administrative intense à laquelle ils font face avec la mise en place des centres de santé et des services sociaux, le dossier n'a pas avancé non plus. Il semble que les établissements voulaient d'abord obtenir des éclaircissements de la part du ministre avant de réviser leur protocole.

L'utilisation des mesures de contrôles en psychiatrie fait malheureusement partie de la triste réalité quotidienne des personnes qui se retrouvent hospitalisées. Malgré une belle volonté au départ, force nous est de constater que la pratique n'a pas changé.

Encore trop souvent, la menace de mettre sous contention est utilisée comme outil de chantage, encore trop souvent l'utilisation de la contention ou de l'isolement se fait de manière arbitraire, sans véritable évaluation du potentiel de dangerosité imminent, encore et toujours trop souvent, les gens vivent avec la crainte de se faire attacher s'ils parlent un peu trop fort…

Relancer le débat

Récemment, notre groupe a demandé à rencontrer les Directeurs des services professionnels (DSP) ainsi que les Directeurs des soins infirmiers (DSI) des quatorze (14) établissements sur l'île de Montréal. Nous désirons leur faire part de nos inquiétudes sur la lenteur du processus. Il faut que les établissements se souviennent qu'à la base, ce sont les personnes, avec leur souffrance, qui paient encore le prix de la lenteur bureaucratique.

Il faut aussi que le ministre soit interpellé sur la question. M. Couillard a fait de la santé mentale une priorité nationale, il doit répondre de ce dossier. Nous ne pouvons accepter qu'il soit mis sur la tablette.

J'endosse les objectifs des orientations ministérielles en matière de contentions et d'isolement qui visent la réduction et même l'élimination de ces pratiques.

Je tiens fermement à ce que vous fassiez de cet objectif une priorité et qu'il soit au cœur des actions que vous mènerez sur le plan régional afin que tous les établissements de soins de santé et les différents intervenants oeuvrant à l'intérieur de ceux-ci développent de réelles façons d'aider et que celles-ci soient respectueuses de la dignité humaine.

Le RCLALQ prend les devants en proposant sa propre politique de l'habitation

Québec, 23 mars 2005. Le ***Regroupement des comités logements et associations de locataires du Québec*** (RCLALQ) devance le gouvernement Charest en remettant aujourd'hui à l'ensemble des députéEs son nouveau document « Pour une politique de l'habitation au Québec2. Attendu avec inquiétude depuis l'automne 2004, le projet de politique gouvernementale tarde à être dévoilé. Le RCLALQ craint que le projet gouvernemental apporte des reculs pour les droits des locataires, notamment par un allègement du contrôle des loyers en vigueur à la Régie du logement.

Le RCLALQ invite donc la nouvelle ministre des Affaires municipales, Madame Nathalie Normandeau, à centrer son futur projet de politique sur la reconnaissance du droit au logement. Cependant, la reconnaissance du droit au logement doit dépasser la seule portée symbolique. Pour le RCLALQ, cette reconnaissance passe par un avancement des droits des locataires à la fois en ce qui concerne la capacité d'accès à un logement décent et celle de s'y maintenir. Le document de 36 pages du RCLALQ propose une analyse de l'habitation et donne une série de 90 recommandations qui, si elles étaient mises en vigueur, apporteraient une réponse durable aux problèmes de logement des ménages locataires.

Jamais les gouvernements n'ont agi de façon à régler les problèmes de logement par une politique globale de l'habitation. Pourtant, les problèmes de logement, qui sont davantage le lot des femmes, sont nombreux et traversent les décennies. Qu'il s'agisse des obstacles dans la recherche de logement, des hausses de loyer à répétition, du mauvais entretien des logements, du nombre alarmant d'évictions ou encore du manque criant de logements sociaux, les locataires font face à des situations difficiles qui réclament une attention particulière du gouvernement.

FAITS SAILLANTS POUR UNE POLITIQUE DE L'HABITATION AU QUÉBEC, DU RCLALQ

A. L'accès au logement

Le gouvernement du Québec doit encadrer

vol 12 no 1, mai 2005

Plus de 10 000 personnes de Rosemont ont montré jusqu'à quel point le logement social représente un besoin en signant une pétition réclamant la réalisation de 1000 logements dans ce quartier de Montréal (photo : Comité logement Rosemont).

la recherche de logement. Les locataires en quête d'un logis font face à de nombreux obstacles (coût des loyers, discrimination, collecte de renseignements personnels, etc.), mais ne peuvent s'en plaindre à la Régie du logement. Les propriétaires ont beau jeu pour écarter les ménages à faible revenu, ceux avec des enfants et ceux issus des communautés culturelles. En outre, comme peu des logements (environ 9%) sont sous la forme de logement social et que les programmes de logements sociaux sont insuffisants (aucun HLM n'a été construit depuis 1994), les locataires ne peuvent accéder à un logement social correspondant à leurs besoins. Le gouvernement doit financer la réalisation annuelle de 8000 logements sociaux, dont la moitié en HLM, tout en voyant à la conservation de ceux existants.

B. Le contrôle des loyers

Le coût des loyers a un impact autant sur la capacité de garder son logement que d'en trouver un nouveau. Le coût des loyers monte sans cesse tant lors du renouvellement des baux que des déménagements, qui sont une mine d'or pour les propriétaires. Il connaît aussi des périodes de flambée, comme à la fin des années 1980 et au début des années 2000. Déjà en 2001, plus de 218 000 ménages locataires consacraient plus de la moitié de leur revenu pour se loger. La Régie du logement n'empêche pas les hausses de loyer. Son contrôle des loyers n'est pas obligatoire et donne de nombreux avantages aux propriétaires. Tout le contrôle repose sur les épaules des locataires qui font face à diverses pressions de leur propriétaire. Face aux abus et en attendant un vrai contrôle des loyers, le gouvernement du Québec doit geler les loyers au lieu d'empirer la situation en assouplissant les règles de la Régie du logement. Il doit instaurer le contrôle obligatoire des loyers et le dépôt des baux à la Régie du logement. Il doit aussi apporter plusieurs améliorations à la méthode actuelle.

C. D'autres mesures pour renforcer le droit au maintien dans les lieux

Trop de locataires vivent dans des logements en mauvais état. Des locataires déménagent à cause de cela. D'autres restent dans leur logement pour diverses raisons, dont la crainte de ne pas s'en trouver un autre. Il n'y a pas de code du logement dans toutes les villes du Québec et les villes, qui en ont un, ne l'appliquent pas toujours correctement. Le gouvernement du Québec doit instituer un code du logement provincial avec l'obligation pour les villes de l'appliquer.

La reprise de logement est souvent utilisée pour se débarrasser de locataires payant un loyer jugé trop bas. Les dispositions de la Régie du logement ne protègent pas ces locataires. Entre autres, le RCLALQ revendique un moratoire sur les reprises de logement dans toutes les villes où le taux d'inoccupation des logements est inférieur à 3%.

D. Le rôle de l'État

La mise en application du droit au logement demande à l'État une nouvelle philosophie. Il doit voir à ce que tous les acteurs concernés travaillent au même résultat : un logement décent pour tous et toutes. Tout en s'assurant de recevoir sa juste part des fonds fédéraux, le gouvernement du Québec doit se donner les moyens de rendre effective la reconnaissance du droit au logement. De la sorte, le gouvernement du Québec doit créer un ministère de l'Habitation qui deviendrait l'instance responsable de ce devoir collectif qui est de loger tout le monde.

Comme au Québec, plus de 90% des logements sont de propriété privée, la Régie du logement a un rôle central à jouer pour la mise en œuvre du droit au logement. Elle doit recentrer sa mission vers le droit au logement, étendre sa juridiction et améliorer ses services qui doivent être gratuits.

La psychiatrisation des problèmes sociaux

Par Sébastien Bois

Le 1er février dernier, Action Autonomie organisait une soirée-conférence sur le thème de la psychiatrisation des problèmes sociaux. La réponse populaire à l'invitation fut des plus impressionnante. Des gens des milieux communautaire, hospitalier, universitaire et militant se sont joints à cette soirée. Nous avions là une belle salade de fruits citoyenne pour aborder un sujet d'actualité qui nous touche particulièrement à Action Autonomie.

Action Autonomie constate combien les effets de certains problèmes sociaux tels que la pauvreté, les problèmes d'adaptation au système scolaire, la difficulté de trouver un logement, le manque de support aux familles monoparentales et la surcharge de travail entre autres, glissent plus souvent qu'autrement vers des interprétations médicales et psychologisantes.

C'est dans ce contexte que trois personnes furent invitées pour aborder le sujet de la psychiatrisation des problèmes sociaux : Marcelo Otero, professeur de sociologie à l'UQAM, qui fut près des mouvements anti-psychiatriques dans les années '70, Jean-Nicolas Ouellette, agent de liaison pour le regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), et Lourdes Rodriguez, professeur en service social à l'Université de Montréal ayant travaillé de près avec le mouvement alternatif en santé mentale.

Marcelo a débuté la soirée en soulignant que la psychiatrisation des problèmes sociaux n'était pas une nouveauté et qu'elle allait de pair avec l'histoire de la psychiatrie. Il n'y a pas nécessairement de « méchants » psychiatres, sinon une réalité sociale complexe. La psychiatrisation des problèmes sociaux n'est pas seulement la faute des psychiatres. On ne peut pas comprendre la psychiatrie si on ne connaît pas la société dans laquelle elle est. Dans un passé récent, la religion dominait le paysage québécois ; comme disait Karl Marx, elle était l'opium du peuple. Dans les années 1970, avec la Révolution tranquille, la nouvelle religion des gens est devenue la science, et les médicaments, notre opium.

Une culture du médicament

Il y a une habitude chez les gens à consulter souvent à l'hôpital pour tout type de problèmes. Ils s'attendent à obtenir, à leur sortie, une prescription médicale, une pilule, et c'est normal pour eux. Au niveau des hôpitaux et de la réponse offerte aux problèmes de santé mentale, Ouellette et Rodriguez dénoncent la culture du médicament. Pour répondre à une souffrance, on donne une médication ou on augmente la dose. Le médicament élimine les symptômes dans certains cas* telle une fonction magique, sans que les spécialistes ayant prescrit la médication aient pu comprendre les émotions et les comportements de la personne. On ne veut pas entendre la souffrance des gens, on offre peu de temps et d'espace pour qu'ils racontent leur histoire. L'amour n'est pas accessible en pilule. Fréquemment on observe que les gens sont trop drogués par la médication pour accéder à l'éducation, aux loisirs ou aux psychothérapies. Ainsi, on observe que parfois, la médication peut faire obstacle à la réhabilitation sociale. Devons-nous rappeler qu'un psychiatre n'est pas un travailleur social ni un psychothérapeute?

Personne pas malade

Pour Ouellette, la pauvreté collective est très médicamentée par la psychiatrie ; vous n'avez qu'à vous promener dans les corridors hospitaliers pour en faire le constat. Les gens riches ont plus facilement accès à des alternatives face à la psychiatrisation. Avec la psychiatrisation de la pauvreté, on assiste aussi à une division entre les « bons » pauvres et les « mauvais » pauvres selon laquelle la personne détentrice d'un certificat médical étampé d'un diagnostic de problèmes mentaux sévères et persistants « l'empêchant » de travailler sera considérée comme un « bon » pauvre. Si on résume, plus on réussit à obtenir un profil pathologique, plus on est en droit d'obtenir un support social pour vivre décemment. Concernant le système capitaliste et sa logi-

que de profit illimité, les compagnies pharmaceutiques et leurs actionnaires sont pointés du doigt. Est-ce surprenant de savoir que les placements en bourse (fonds d'investissement) des médecins du Québec ont un pourcentage fort élevé investi dans les compagnies pharmaceutiques ? Et que dire, demande Rodriguez, des programmes de recherches biomédicales et de leurs alliances extrêmements puissantes avec ces mêmes compagnies ?

La psychologie au service de la psychiatrisation

Selon Otero, notre société nord-américaine est baignée dans une culture où l'on accorde une grande importance à l'explication et à la résolution de nombreux problèmes sociaux par la science, mais aussi par la psychologie. Selon lui, avant de psychiatriser les problèmes, on les psychologise. Les psychologues sont invités ici et là dans les médias pour intervenir à titre de spécialistes sur des phénomènes sociaux dont ils n'ont parfois aucune idée. Otero prend l'exemple récent en Asie des tsunamis où des psychologues expliquaient à la télévision l'impact à long terme de ce phénomène sur les enfants sans même connaître les pays où les cultures. Otero cite certaines recherches douteuses au niveau de la rigueur scientifique qui furent publiées dans la revue scientifique de psychologie au Québec. On y retrouve des recherches portant sur la psychologisation des mariages en encourageant une prévention d'ordre psychologique dès la formation d'un couple; un autre article parle de contrôler le chômage « non-désiré » par une approche qui encourage à ignorer les aspects négatifs du chômage en ne pensant qu'au positif; et que dire d'un article de psychologie industrielle prônant la prévention lors de fermeture d'usine et la création d'un groupe conseil supportant les travailleurs mis à pied pour mieux digérer et accepter la situation… On est loin de stimuler la colère légitime et la dissidence, ingrédients essentiels pour les luttes sociales. La psychologie et la psychiatrie au service du capitalisme favorisent l'étouffement de la dissidence.

Le DSM, une bible davantage qu'un ouvrage scientifique.

Les panélistes invités ont vivement critiqué le DSM. Le DSM est l'ouvrage de référence le plus populaire en psychiatrie et largement utilisé en psychologie. Ce *best seller* étatsunien répertorie les troubles mentaux

sous forme de catégorie diagnostique. Inventé par des psychiatres puis largement diffusé depuis une cinquantaine d'année, le DSM se présente sous un vernis scientifique pour donner une crédibilité à cette discipline médicale. Car, pour exister dans le domaine médical, la psychiatrie doit trouver et nommer des maladies. Ouellette souligne qu'il n'existe aucune base physiologique à la maladie mentale. Rodriguez renchérit et dénonce le fait qu'au lieu d'une science, « nous avons une idéologie extrêmement puissante et réductionniste où l'on exclut diverses sciences comme par exemple l'anthropologie et la sociologie ayant développé des connaissances sur la santé mentale. » On assiste à l'hégémonie du biologique pour expliquer les problèmes humains. On déplore l'observation du monde avec seulement une paire de lunettes biomédicales qui est en fait une vision extérieure qui oublie la personne et ses expériences.

Le caractère peu scientifique de cette « bible » psychiatrique provient aussi de l'influence sociale lors d'ajout ou de retrait d'un trouble mental. Par exemple, saviez-vous qu'avant les années 1970, l'homosexualité était répertoriée parmi les troubles mentaux !?! Quelle fut la méthode scientifique pour évaluer si l'attraction pour une personne de même sexe était un trouble mental ou non ? Par un simple vote entre psychiatres lors d'un congrès aux

États-Unis. 58% ont voté en faveur de ne plus considérer l'homosexualité comme un trouble mental dans le DSM. Par l'entremise d'un simple petit livre, c'est tout un pouvoir de normaliser, de marginaliser et de pathologiser qui est mis en lumière.

Un exemple exposé par M. Otero sur l'importance de considérer les facteurs sociaux davantage que scientifiques lors de l'écriture de cet ouvrage, est l'apparition, après la Seconde Guerre mondiale, de la catégorie psychiatrique qu'est le « syndrome post-traumatique». Otero souligne que, dans ce cas-ci, les psychiatres ont eu peu à voir avec la création de ce « nouveau » trouble. En effet, il s'agirait de groupes de pression politiques aux États-Unis, formés de psychologues et de vétérans de guerre, dont l'objectif était d'obtenir un dédommagement monétaire du gouvernement américain et des compagnies d'assurances suite aux traumatismes vécus lors de cette guerre. Les compagnies d'assurances, dans leur quête de profit illimitée, ont aussi fait des pressions de leur côté. C'est ainsi que nous ne retrouvons pas le « burn out » dans le DSM pour les gens que le travail a « brûlé », mais un « syndrome d'adaptation » ou une « dépression majeure » qui, accompagné d'une pilule, favorise le retour au travail au plus vite sans avoir questionné le milieu de travail souvent malade de productivité et d'autoritarisme. C'est un peu comme de dire à quelqu'un d'endurer et d'inhiber ses souffrances, sa colère ou sa révolte : « Avale ta pilule et ferme ta gueule !». Ainsi, peu importe le manuel DSM, plusieurs problèmes sociaux sont interprétés en des termes maladroitement psychiatriques. Depuis l'apparition du premier DSM, on assiste à une progression fulgurante de nouveaux troubles mentaux. En 1952, cet ouvrage psychiatrique répertoriait 106 maladies ou catégories psychiatriques; en 1968, 182; en 1980, 265 ; en 1994, 292 et la dernière édition du DSM (le DSM IV) nous offre 357 troubles !

Tel qu'exposé précédemment, les psychiatres reçoivent beaucoup de pression sociale : nous sommes dans une société qui demande aux psychiatres de prendre en charge plusieurs des problèmes que nous vivons. En effet, plusieurs citoyens ont démissionné de leurs responsabilités sociales pour les reléguer à l'État. Parmi les groupes d'acteurs favorisant la psychiatrisation nous retrouvons les familles, les médias, le gouvernement, les compagnies et parfois, nous-mêmes. La psychiatrisation des problèmes sociaux vide le contenu politique de problèmes complexes tels la pauvreté et la violence. Pour les panélistes présents, la psychiatrie individualise donc les problèmes et les solutions, les sort de leur contexte sociopolitique et assaisonne le tout de médicaments. Pour Rodriguez, nous devons continuer à travailler dans le sens d'un système fondé sur les droits fondamentaux et favoriser le dialogue en psychiatrie au niveau du traitement et surtout sur des alternatives pour qu'enfin tous puissent vivre dans la communauté plutôt que dans les services. Les panélistes nous invitent à faire attention aux discours de pseudo-vérités scientifiques, à laisser un espace à l'incertitude… et surtout à le dire lorsque l'on ne sait pas quelque chose. Otero conclut en disant que vouloir faire disparaître les problèmes de santé mentale est un leurre. Aucune société ne peut être parfaitement heureuse ; les problèmes font aussi partie de la vie et de la normalité. « Ça serait de la folie que de vouloir évacuer la folie de la vie des gens. La personne qui ne pense qu'à la santé mentale, à l'élimination de la folie et de la souffrance est la plus folle de toute! »

**les médicaments éliminent les symptômes dans certains cas car environ 40% des personnes schizophrènes médicamentées n'ont pas de réduction de leurs symptômes. Concernant le Ritalin, les chiffres sont de l'ordre de 30 à 70% où l'on n'observe aucune différence.*

Après deux ans de gouvernement libéral

Des reculs, et encore des reculs pour les droits sociaux

Source: La Coalition *J'ai jamais voté pour ça!*

On est prêt! disait le slogan électoral de l'actuel gouvernement libéral de Jean Charest. Le temps est venu de faire un premier bilan de ce gouvernement qui se disait «prêt» à transformer radicalement le Québec. Après deux ans, la population est en mesure de constater à quoi les libéraux étaient «prêts» : à l'affaiblissement des lois du travail, aux fusions forcées des syndicats; à l'imposition de «partenariats publics-privés», à l'augmentation des tarifs de base (électricité, garderies, transport en commun), à accroître l'endettement étudiant. Tout cela pour accorder des baisses d'impôts et pour faciliter la privatisation des services publics. Or, dans tous ces «chantiers», le gouvernement heurte de plein front la population du Québec. Celle-ci constate l'entêtement du gouvernement libéral à appliquer des mesures qui entraînent la baisse de nos conditions de vie. En fait, la population du Québec n'assiste pas à une «modernisation» du Québec mais plutôt à une tentative délibérée de réduire la taille de l'État en en vendant des pans entiers à une classe d'affaires, nationale et internationale, prête à sauter sur le filon..

Les « PPP » dans la poursuite de cette obsession, le gouvernement libéral essaie de nous faire digérer l'idée qu'il faut vendre au secteur privé des services publics. Les services visés sont avant tout ceux qui peuvent rapporter de l'argent (autoroutes, prisons, cafétérias, buanderies, constructions d'hôpitaux, etc). Selon le gouvernement libéral, le secteur privé peut «mieux faire» et surtout, à moindres prix. Ainsi, le gouvernement se débarrasse d'employés jugés trop «coûteux» en vendant ses activités pour les prochains 30 ans à une compagnie privée qui fera des profits avec notre argent. Toutes les expériences connues des PPP en Ontario, France, Grande-Bretagne ou ailleurs nous démontrent que nous payerons davantage nos services essentiels sous le mode PPP. En effet, l'argent que nous donnons aujourd'hui à l'État pour qu'il nous offre des services universels, nous le donnerons demain, majoré, à l'entreprise privée.

Tarifions davantage!

Il y a aussi d'autres façons de réduire les impôts: faire payer davantage les citoyens et citoyennes du Québec pour avoir accès aux services essentiels. Alors que le gouvernement prévoit réduire ses revenus provenant de l'impôt, il devient impérieux d'avoir d'autres revenus pour payer l'épicerie. Il augmente donc les tarifs des services tels que l'électricité, les garderies, le transport en commun, bientôt l'eau, etc. Il propose même aux municipalités d'augmenter considérablement leurs tarifs (loisirs, permis, etc.).

Cela affecte avant tout les personnes à faibles revenus puisqu'elles payeront une part plus élevée de leurs revenus pour avoir accès aux services publics. A la différence des baisses d'impôts qui bénéficient surtout aux plus riches, l'augmentation des tarifs entraîne un appauvrissement de la population en général et surtout celles à plus faibles revenus.

Pour les baisses d'impôt, encore des coupures

Aujourd'hui, le 14 avril 2005, nous constatons que pour arriver à consentir des baisses d'impôts dès le prochain budget, le gouvernement Charest devra couper encore 500 millions dans les ministères. Déjà, 150 millions de coupures ont été annoncées dans le ministère de la sécurité sociale, pénalisant encore une fois les personnes les plus défavorisées de la société, les personnes assistées sociales.

La population résiste

Devant les attaques libérales à nos acquis sociaux, la population du Québec ne se laisse pas dompter si facilement et réagit. La contestation civique s'accentue de jour en jour. L'année dernière c'était la mobilisation des garderies contre l'augmentation de tarifs. Depuis plusieurs semaines, les étudiants et les étudiantes en grève se sont massivement soulevés contre les coupures dans le régime des bourses et pour conserver l'accessibilité à l'éducation. Demain, ce sera la mobilisation des professeurs, infirmières et autres employéEs de la fonction publique qui sont sans contrat de travail depuis juin 2003.

De toute évidence, seule la mobilisation arrivera à convaincre ce gouvernement qu'entre deux élections, notre vote et notre voix comptent encore!

Un conseiller municipal allergique aux pauvres

Les ambarraSans Abris!(sol)

Par Sébastien Bois

Action Autonomie participait en février dernier à une manifestation dénonçant les politiques antisociales de Robert Laramée, conseiller municipal à la ville de Montréal. Constatant qu'après de nombreuses critiques et représentations au conseil municipal que rien ne change et même que la situation empire, des organismes communautaires, des citoyens du quartier et des militants ont décidé de prendre la rue pour se faire entendre et crier leur colère face à la lutte aux pauvres que mène le conseiller municipal.

Tel un chevalier du capitalisme sauvage, Robert Laramée semble vouloir chasser les moins nantis et redonner le quartier Centre-Sud au commerçants, aux gens d'affaires et aux nouveaux et nouvelles résidentes « friquéEs ».

Voici certaines actions encouragées par le très déshonorable Robert Laramée du haut de son bureau :

- La fermeture du Carré Viger aux jeunes sans-abris (il a même songé à faire installer des clôtures permanente autour du site);
- L'expulsion de personnes itinérantes de leurs humbles maisons de carton (c'est lui-même qui a demandé l'intervention de la police);
- L'adoption d'un nouveau règlement municipal rendant difficile, voire impossible l'implantation d'organismes communautaires venant en aide aux personnes les plus fragilisées (toxicomanes, itinérantEs, etc.);
- L'appui au projet de surveillance vidéo dans le quartier (Robocam);
- Le soutien à la répression policière à l'égard des populations pauvres et marginales (sans-abri, travailleuse du sexe, jeune de la rue, punk, squeege).

Comme le mentionne le communiqué des organisateurs de la manifestation, le comité des sans-emploi et la CLAC-logement : « Bientôt, le Centre-Sud ne sera plus un quartier populaire, non parce que Laramée aura aidé les citoyens et les citoyennes les plus pauvres à améliorer leurs conditions de vie, mais parce qu'il les aura expulséEs. ».

Voici quelques slogans qui furent scandés dans les rues et ensuite envoyés au bureau de Laramée situé au 5ème étage grâce à plusieurs bouquets de ballons gonflés à l'hélium (faute de pouvoir se rendre directement à son bureau) :

« C'est pas les pauvres qu'il faut expulser,
C'est Laramée qu'il faut virer »,
« Centre-Sud n'est pas à vendre
Et on va lui faire comprendre »,
« Laissez-moi me promener
Sans avoir à m'faire ficher »,
« La logique du profit
Fait d'plus en plus de sans abris »,
« Contre l'armée de Laramée,
Réouvrons l'Carré Viger »,
« On s'laissera pas appauvrir,
On s'laissera pas désunir ».

Agir localement pour débusquer et dénoncer les oppresseurs du bien commun est une brique de plus dans l'édification d'une société plus juste et solidaire. Rappelons-nous que « l'arme la plus puissante dans les mains de l'oppresseur est l'esprit de l'opprimé ».* Ça suffit l'appauvrissement et l'exclusion : l'heure est à la riposte!

**citation dont l'auteur m'est inconnu.*

Commission parlementaire sur le projet de loi 83

Le 5 avril dernier, Action Autonomie, Droits et recours Laurentides ainsi que Auto Psy Québec ont présenté un mémoire commun à la commission parlementaire portant sur l'étude du projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La présentation du mémoire a été appuyée par une cinquantaine de membres des trois groupes présentant le mémoire. Le mémoire portait principalement sur deux points: l'insertion des groupes régionaux de défense des droits dans la Loi ainsi que sur la confidentialité et l'accès aux dossiers médicaux. Nous vous présentons ici une synthèse du mémoire déposé par Action Autonomie Montréal, Droits et recours Laurentides et Auto Psy Québec.

5 avril 2005, embarquement des membres à Montréal pour appuyer la présentation de notre mémoire en commission parlementaire à Québec.

Plaidoyer pour une pleine reconnaissance de la promotion et de la défense des droits en santé mentale

Les modifications envisagées par le ministre dans le projet de loi 83 à l'égard des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale impliquent des changements majeurs, autant pour les personnes directement concernées que pour ces organismes.

Pour éviter toute ambiguïté, nous tenons à souligner dans cette présentation notre vive opposition à toute initiative et à toute forme d'insertion des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale dans la Loi sur les services de santé et de services sociaux.

Une telle insertion – *peu importe son libellé* – est à notre avis incompatible avec les origines, l'histoire, les pratiques, la mission et l'utilité sociale de ces organismes : *nées d'un mouvement initié par les personnes psychiatrisées elles-mêmes puis reconnus ensuite via la Politique de santé mentale(1989), nous sommes des organismes d'action communautaire autonome voués à la défense collective des droits et à l'appropriation du pouvoir citoyen.*

L'action de nos groupes a constitué aux yeux de tous – *et constitue encore, selon les dernières consultations auprès de l'ensemble des acteurs du milieu de la santé mentale, notamment les personnes directement concernées* - un apport essentiel à l'évolution des pratiques et du système de santé mentale au Québec. Il ne faudrait pas tuer ce dynamisme particulièrement dans un contexte de grandes transformations du système de santé et de services sociaux. Nos organismes *assurent* en quelque sorte une garantie que les personnes *directement concernées, ceux et celles* visées par les réformes auront une voix pour être entendues.

Le projet de nous inclure dans la loi nous apparaît comme une réduction de notre mission, *de l'apport des personnes et de leur propre expertise ainsi que* du pouvoir de transformation que nous pouvons exercer *ensemble*.

Nous ne pensons pas nous tromper lorsque nous affirmons que le mandat, tel que stipulé dans l'article 32 du *présent* projet de loi, nous confine dans un rôle réducteur d'aide et d'assistance au dépôt d'une plainte. Ce mandat risque de nous éloigner de la véritable raison d'être de nos groupes. Le mouvement de défense des droits prend son essence non seulement dans l'aide individuelle mais aussi dans les actions collectives, systémiques et pro-actives telles qu'elles étaient définies et reconnues dans le cadre de référence « organisme de promotion, respect et défense de droits en santé mentale » de septembre 1990.

À cet égard, nous sommes inquiets…

- Qu'advient-il de l'aide que nous apportons aux personnes qui ne concerne pas le processus de plainte, ainsi pour que la personne soit préparée pour faire face à la procédure de requête pour garde en établissement?

- Qu'advient-il du travail que font nos groupes dans le but d'informer adéquatement les personnes qui désirent faire un choix libre et éclairé dans l'acceptation d'un médicament ou encore dans la revendication d'un traitement qui réponde à leurs besoins?

- Pourrons-nous continuer d'appuyer et d'accompagner des personnes dans leurs objectifs de revendiquer des changements de pratiques? Dans ce cas, tant pis pour les avancées des dernières années où par exemple, ce sont les pratiques de contention et d'isolement qui ont été contestées et qui ont amené des orientations ministérielles visant l'élimination de ces pratiques.

- Pourrons-nous continuer à assurer un rôle de vigilance concernant le fonctionnement ou les disfonctionnements du *système* d'*examen de* plaintes? Étant intégré comme un *recours ou un maillon* du système de plaintes, pourrons-nous continuer à *mettre en pratique le* principe du *préjugé favorable* pour les personnes? Conserverons-nous la confiance de ceux et celles que nous aidons et accompagnons? *Et quelle crédibilité aurons-nous à leurs yeux?*

*Notre insertion dans la Loi, notamment par l'*avenue d'un mandat d'aide et d'assistance aux plaintes spécifiquement pour des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, ne conduit-elle pas à leur ghettoïsation, plutôt que de reconnaître leur citoyenneté? Ne va-t-elle pas à l'encontre des objectifs visés par le plan d'action en santé mentale 2005-2008 visant à réduire la stigmatisation et la discrimination? Nous pensons que oui!

De plus, présentement, nos actions tendent à sensibiliser les syndicats, les employeurs, la CSST, la sécurité du revenu, les municipalités, le monde de l'éducation, face à la réalité et aux droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale. En vertu des missions que nous nous sommes données et ainsi qu'en s'appuyant sur notre cadre de référence, nous sommes en mesure de travailler avec les personnes les questions comme le logement et voir à réclamer des places en HLM via les municipalités, entre autres. Nous sommes également en mesure de travailler l'ensemble de la question des assureurs qui souvent, hélas, refusent aux personnes ayant des diagnostics de maladie mentale l'accès à leurs services. Nous sommes aussi habilités à supporter les personnes victimes de discrimination à l'intérieur de leur emploi.

En fait, nous sommes quelque peu « une police d'assurance » favorisant l'accès à la vie citoyenne des personnes et obligeant l'ensemble des acteurs à agir dans leur sphère d'activités.

Nous pensons que l'histoire et la raison d'être de nos groupes n'ont pas véritablement été prises en compte. Par une telle insertion, nous perdrons du même coup la richesse de l'implication des personnes *directement concernées*, la pression que nous pouvons exercer sur l'ensemble de la société québécoise et retournerons à un système où l'individu n'est mis à contribution que via un mécanisme de traitement de plaintes. L'expertise développée depuis plus de quinze ans au sein de notre mouvement est aussi reniée.

Aussi, dans un souci de respect, tout autant pour leur implication acharnée dans la Politique de Santé mentale que dans la société ces dernières années, nous ne pouvons souscrire à notre inclusion dans la Loi et, par le fait même, à la limitation de notre mission qui, à moyenne échéance, ferait des personnes non pas des expertes comme enfin elles avaient été reconnues, mais les confinerait à un *simple* rôle de *consommateur* ou de *consommatrice* des services. À *qui appartient ce mouvement…?*

♦♦ Recommandations ♦♦

Nous demandons au Ministre de la santé et des services sociaux de retirer le projet de donner un mandat spécifique d'assistance et d'accompagnement aux plaintes aux groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale.

Nous demandons au Ministre de reconnaître publiquement l'importance et l'apport des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale et de s'engager à entreprendre des discussions avec ces groupes pour définir une forme de reconnaissance et de soutien respectueuse de ce que sont et font ces groupes.

La confidentialité et le consentement remis en question

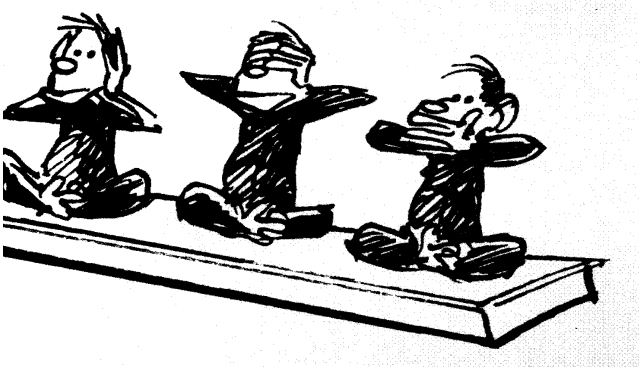
La confidentialité, le consentement à divulguer des informations sur soi et le respect de la vie privée sont des droits fondamentaux de notre société québécoise. Notre démocratie repose sur de tels droits. Des secteurs plus sensibles, comme celui de la santé mentale, sont de bons indicateurs pour guider les réflexions et les décisions du législateur. Le Projet de loi 83, tel que présenté, généralise ce qui devrait demeurer tout à fait exceptionnel : la perte de contrôle des citoyens et des citoyennes sur la divulgation et la circulation des renseignements confidentiels qui les concernent. Nous ne saurions dire à quel point nous avons de profondes inquiétudes à ce sujet.

Sans le consentement de la personne, le Projet de loi propose que des renseignements confidentiels circulent à travers l'immense toile tissée par les réseaux intégrés de services, que les destinataires de ces renseignements soient du secteur public ou du secteur privé.

Préparatifs devant l'Assemblée Nationale

Personne ne devrait être privé d'emblée de son droit de consentir dès que son état nécessite un service de santé ou un service social. De plus, il serait inconcevable qu'une personne puisse légalement être dirigée vers un partenaire, un sous-traitant, un organisme communautaire, une entreprise d'économie sociale, une ressource privée, une ressource de type intermédiaire, etc. sans son consentement et sans consentir non plus à la nature des renseignements confidentiels qui seraient transmis.

Dans le secteur de la santé mentale, une telle tangente prend des proportions dramatiques. L'exercice du droit de consentir aux soins, pourtant garanti dans la LSSS, est déjà vécu par plusieurs personnes comme un marchandage ardu, nécessitant un déploiement d'énergie dont elles ne disposent souvent pas et s'exposant à des représailles qui peuvent



avoir des impacts majeurs sur leurs conditions de vie.

Souvent, toutes les sphères de la vie quotidienne d'une personne peuvent être impliquées dans un problème de nature psychosociale ou de santé mentale. C'est-à-dire toute son histoire personnelle. Cela peut comprendre son enfance (dont des sévices tel que l'inceste), son adolescence, les diagnostics, ses habitudes de vie, une évaluation de son rôle parental, les traumatismes vécus, ses fréquentations, ses habitudes de travail, sa scolarité, son orientation sexuelle, ses habitudes sexuelles, le nombre de partenaires, sa vie de couple, ses loisirs, ses habitudes de consommations, sont histoire personnelles: des sévices vécus dans son enfance et son adolescence, « son acceptation ou sa non-acceptation de sa maladie », sa médication, etc. Quand toute ta vie est dans le continuum de services, quel espace privée reste-il ?

Aussi, les personnes sont souvent stigmatisées à l'intérieur même du réseau de santé et des services sociaux. Combien de fois avons-nous accompagné une personne afin qu'elle puisse recevoir des services en santé physique auxquels on lui refusait l'accès prétextant que ses symptômes faisaient partie de sa problématique. Trop souvent encore, des intervenants et intervenantes accordent peu de crédibilité aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Trop souvent cette étiquette vient altérer le respect de leurs droits fondamentaux en tant que citoyens et de citoyennes. Il est vital que chaque personne garde le contrôle sur l'information

qui circulera sur elle. Il nous apparaît essentiel que toute intervention soit faite dans une démarche d'appropriation du pouvoir et non de prise en charge et de perte d'autonomie.

Or, de manière générale, le Projet de loi nie le droit qu'ont les personnes de consentir ou non à la divulgation et à la circulation des renseignements confidentiels qui les concernent et, par conséquent, aux conditions devant entourer l'exercice – libre et éclairé – de ce droit.

En ce qui concerne le nouveau Titre II – Services de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé, nous n'avons pu, faute de temps, analyser en profondeur cet ajout majeur soit la constitution, entre autre, d'un dossier patient national. La mise en œuvre d'une centralisation des dossiers des personnes est un développement substantiel et structurel aux impacts multiples. Plusieurs questionnements entourant le débat sur la défunte carte santé à puce sont toujours d'actualité. La plus grande prudence est de mise.

À l'instar de plusieurs groupes et organismes qui ont été présents à cette Commission, nous sommes d'avis qu'un large et réel débat public doit se faire avant toute mise en œuvre de tels changements.

Aucun « aménagement ou nouvelle disposition » dans l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux ne doit atténuer les droits fondamentaux, droits qui sont l'essence même de notre société.

♦♦ Recommandations ♦♦

Nous demandons le retrait de tous les articles du présent projet de loi qui amputent ou limitent les droits fondamentaux dont le droit à la confidentialité, le droit à consentir à la circulation de renseignements personnels et le droit à la vie privée.

Nous demandons instamment au Ministre la tenue d'un large et réel débat public sur la conservation des informations.

Le plan d'action en santé mentale 2005-2008

Un goût amer!

Par Claudelle Cyr

L'année 2005 a commencé bien durement. Après une proposition de réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux plutôt alarmante, la machine libérale, avec en tête, notre ministre de la santé, nous propose un plan d'action en santé mentale qui laisse un goût amer en bouche.

Que nous propose le plan d'action ?

L'objectif de ce plan est fort intéressant. Il a été rédigé « pour faciliter la vie des personnes utilisatrices de services et leur proches, pour leur donner accès à des services qu'ils veulent recevoir » Nous devrions donc retrouver à l'intérieur de ce volumineux document, la volonté des personnes, leurs vision de l'organisation des soins en santé mentale, leur analyse, leur revendication, leur vision... Pourtant, nous sommes assez loin du concept de la personne au centre de ses soins. Par contre, on retrouve dans le plan d'action plusieurs citations venant des personnes utilisatrices des services qui rendent compte de leur réalité dans le merveilleux monde du réseau. Ces citations sont placardées sans que le contenu qui suit y fasse vraiment référence. À la limite, c'est presque insultant !

D'entrée de jeu, l'emphase est mise sur l'importance de démystifier les problèmes de santé mentale par une campagne large de promotion. Il faut pouvoir évidemment parler des problèmes de santé mentale comme étant une « maladie » comme une autre. Cette vision vient renforcer l'idée que les problèmes de santé mentale c'est comme le diabète, bien traités, on peut continuer à vivre normalement.

Le plan d'action propose une organisation de services dans une vision biomédicale axé sur le dépistage et le traitement, où la hiérarchisation des services est au centre des préoccupations. Le but ultime est de désengorger les listes d'attentes, s'assurer que tous et chacun aient accès à des services médicaux dans un optique de continuité de soins.

On comprend qu'on tend vers une généralisation des traitements médicaux en mettant à contribution les généralistes qui seront soutenus par un psychiatre. Ainsi, on lira que les Centres de services de santé et services sociaux (CSSS) devront dès 2005-2006 mettre en place un guichet unique d'accès aux services de traitement de 1er et de 2ieme ligne. Les traitements de 1ere ligne sont réservés aux omnipraticiens et de deuxième ligne aux psychiatres. Concrètement cela va se traduire ainsi : les omnipraticiens devront prendre en charge le suivi des personnes, mais seront alimentés si nécessaire par un psychiatre. Si le médecin juge que la personne qu'il suit nécessite des soins plus particuliers pour une période, il fera alors référence au psychiatre. Jusque là, on peut penser que cette façon de faire pourra éviter effectivement de psychiatriser à outrance la souffrance. Toutefois, il faut comprendre que la philosophie sous-entendue dans le plan d'action est celle du corps médical : « le médecin sait ce qui est bon pour toi ».

De plus, on voit arriver l'inévitable, la centralisation du dossier. Le plan d'action propose la création de deux nouvelles fonctions : l'agent de liaison et l'intervenant pivot. L'agent de liaison aura comme fonction principale de « créer des liens avec la personne et son entourage, d'épauler le personnel qui œuvre auprès de la personne et de créer des liens entre les ressources et le milieu ». L'intervenant pivot sera appelé à soutenir la personne afin qu'elle puisse recevoir l'ensemble des services qui lui sont nécessaires. Afin de mener à bien son mandat, l'intervenant pivot devra connaître l'ensemble de votre dossier et l'ensemble des différentes ressources consultées afin de mieux coordonner les interventions. C'est lui qui devra s'assurer de l'organisation des services que la personne peut ou pourrait recevoir. Verrons-nous apparaître une police sociale ?

La place réservée aux organismes communautaires nous laisse perplexe. On les invite à s'associer à l'atteinte des objectifs du plan d'action soit par le biais de collaboration avec les CSSS ou bien par des ententes de service. Seront-ils au service des médecins traitants ? Quels seront les comptes qu'ils auront à rendre aux CSSS ?

Un autre recul!

Bref, le plan d'action amène des inquiétudes. Ce qu'on nous propose nous renvoie à 10, voire 15 ans en arrière. Tout est centré autour des services médicaux… Ce plan d'action vient mettre en péril l'approche alternative. Quel place le ministre réserve-t-il aux personnes qui font le choix de ne pas institutionnaliser leur problème de santé mentale?

Une consultation nationale a été entreprise à la fin janvier et au début février. Ainsi, les différents acteurs ont pu se faire entendre. Pour la région de Montréal, nous n'avons pas été invités à cette consultation. C'est plutôt notre association (l'AGIDD) qui a reçu l'invitation. Quoiqu'il en soit, M. Philippe Couillard, ministre de la santé, devra refaire ses devoirs à la suite de ces consultations. Le plan est présentement en réécriture, souhaitons qu'il soit moins teinté de l'approche médicale.

En conclusion on peut dire que le printemps s'annonce chaud, encore un dossier qui sera à suivre de près. Soyez assuré que nous vous tiendrons au courant des développements.

Promesses libérales : appauvrissement de la population

Par Louise Baron

Jean Charest veut essayer de faire respecter une de ses promesses soit, de baisser les impôts. Pour y arriver, il a demandé à ses ministres de faire des compressions de 500 millions dans certains ministères et différents programmes afin d'avoir une marge financière. Il impose à la ministre responsable de l'emploi et de la solidarité sociale Mme Michelle Courchesne de faire des compressions de 150 millions à l'Aide Sociale. Il y a quelques semaines, des coupures de 200 millions à la Solidarité Sociale étaient prévues. Suite à des discussions, la ministre Courchesne a pu convaincre M. Jean Charest et ses collègues de faire des compressions de l'ordre de 150 millions au lieu des 200 millions prévus. « Imaginez, une économie d'une coupure de 50 millions!'. Pour réduire la facture à l'aide sociale, différents moyens seront mis de l'avant : application plus stricte des critères d'entrée des prestataires, opérations plus insistantes pour les inciter à retourner sur le marché du travail ainsi que des mesures plus musclées pour le recouvrement des trop-versés. Probablement qu'on ne touchera pas au Programme Solidarité jeunesse - un chèque qui équivaut à $100 pour les jeunes qui acceptent de participer aux mesures d'employabilité. Certains, au ministère, s'interrogent sur la pertinence de cette mesure qui coûte 20 millions par année. Actuellement il y a peu de marge de manœuvre pour effectuer des coupures dans l'administration du ministère de l'emploi et de la solidarité sociale. On réfléchit même à la fermeture de centres locaux d'emploi, les CLE.

De plus, Hydro-Québec a reçu officiellement une demande du ministère des Finances pour hausser de 150 millions de dollars sa contribution aux fonds consolidé. Conséquemment, une hausse du coût de l'électricité est à prévoir.

Encore une fois, une baisse d'impôt se fera sur le dos des plus démunis! La prestation de base à la sécurité du revenu n'est même pas indexée au complet à chaque année. Comment pourront-ils payer la hausse du coût de l'électricité, du loyer, des médicaments etc. et subir en même temps des coupures? Ils ne bénéficieront même pas d'une baisse d'impôt car ils n'en paient pas.

Au gouvernement, plusieurs fonctionnaires et même certains ministres ne sont pas d'accord avec les compressions à venir. De plus, nombre de citoyens représentants différents milieux dont Action Autonomie sont opposés à une baisse d'impôt et ont fait savoir haut et fort au gouvernement leur désaccord face à ces compressions. Ainsi, vous pouvez envoyer un fax à votre député, aux différents ministres et aussi à M. Jean Charest afin de dire que vous n'acceptez aucune baisse d'impôt si celle-ci est accompagnée de coupures. Ensemble, nous pourrons faire changer d'idée le gouvernement.

Manifestation dans le cadre du congrès du parti libéral du Québec.

vol 12 no 1, mai 2005

La Marche mondiale des femmes

Un mouvement irréversible

La Marche mondiale des femmes est un réseau mondial d'actions féministes rassemblant des groupes de la base oeuvrant pour éliminer la pauvreté et la violence envers les femmes. Ses valeurs s'articulent autour de la mondialisation des solidarités, la diversité, le leadership des femmes et la force des alliances entre femmes et entre mouvements sociaux.

Née en 1996 à l'initiative de la Fédération des femmes du Québec, la Marche mondiale des femmes est rapidement devenue un mouvement mondial incontournable. En novembre 2004, elle rallie environ 6000 groupes provenant de 163 pays et territoires. Des millions de femmes à travers le monde ont marché contre la pauvreté et la violence en 2000 et plus de 5 millions de signatures en appui à nos revendications mondiales ont été déposées aux Nations Unies. Événement historique sans précédent, la Marche mondiale des femmes en l'an 2000 aura mobilisé l'ensemble du mouvement des femmes du Québec. Plus de 30 000 femmes québécoises et autochtones ont marché, dans leur ville, leur région, à Montréal. Certaines se sont rendues jusqu'à Ottawa pour la Marche pancanadienne et une importante délégation québécoise a marché à New York où la pétition de la Marche signée par plus de 5 millions de femmes de partout à travers le monde a été déposée aux Nations Unies.

En 2005, le mouvement des femmes du Québec qui a marché en 1995 et en 2000 a un autre rendez-vous avec l'histoire. Le relais de la Charte mondiale des femmes pour l'humanité, de passage au Québec le 7 mai 2004, et d'autres actions nous permettront de faire entendre haut et fort le monde que nous voulons créer, ici comme ailleurs. En tant que femmes et en tant que féministes, vous êtes invitées à en faire partie et à contribuer à l'élimination de la pauvreté et de la violence.

Cinq ans après la Marche de l'an 2000, plusieurs d'entre nous continuons à croire que, malgré les apparences, oui des choses ont changé et changent toujours et c'est notre persévérance et notre confiance inébranlable en la puissance de la solidarité qui fait toute la différence. Cette certitude est l'assise sur laquelle se bâtit la Marche mondiale des femmes .

Nos revendications s'inspirent des revendications de la Marche en l'an 2000 en les traduisant à la réalité actuelle. Ces revendications serviront de vecteurs pour continuer les luttes des femmes au Québec. Chaque revendication est articulée autour d'une valeur de la Charte mondiale des femmes : égalité, liberté, solidarité, justice, paix .Voici un **résumé des revendications québécoises** qui seront défendues durant toute l'année par la Marche au Québec.

- Lutte pour **l'égalité** : un engagement essentiel de l'État !
- **Liberté** : protégeons les droits des femmes migrantes !
- Lutte contre la pauvreté : **solidarité** !
- Pour un traitement égal au travail : une question de **justice** !
- Contre les violences envers les femmes : un enjeu pour la **paix** !

Dans les villes et régions du Québec, les groupes de femmes iront porter les revendications québécoises aux bureaux de leurs députéEs afin de les interpeller sur le monde que nous voulons bâtir.

De plus, le 17 octobre 2005 des Actions et vigiles auront lieu dans le cadre des 24 heures de solidarité mondiale : les femmes de tous les fuseaux horaires de la planète sortiront dans les rues à midi pour tenir des actions d'une heure, montrant ainsi leur adhésion au projet de société dépeint dans la Charte.

Pour plus d'information, voir le site de la Fédération des femmes du Québec: http://www.ffq.qc.ca

On enferme encore beaucoup!

Par Michael Hogan

En 1996, puis en 1999, Action Autonomie a procédé à l'analyse des requêtes de garde en établissement pour le territoire de Montréal. L'an 2000 avait été marqué par l'ajout de nouvelles dispositions à la loi qui devaient, selon le gouvernement, permettre de limiter le recours aux gardes forcées[1]. Il était donc intéressant de voir l'effet qu'ont eu ces nouvelles dispositions. C'est ainsi que nous avons entrepris une mise à jour des données pour l'année 2004.

Activité des requérants 1999 - 2004

Augmentation du nombre de requêtes				
Requérants	**1999**	**2004**	**Différence**	**%**
Children *		6	6	
CHUM (ND, SL, HD) **	170	204	34	20.0%
Cité de la Santé de Laval		1	1	
Douglas	150	282	132	88.0%
Fleury	31	52	21	67.7%
Hôpital Général (CUSM)	58	70	12	20.7%
Général Juif	92	97	5	5.4%
Louis-H Lafontaine	235	367	132	56.2%
Jean-Talon	76	26	-50	-65.8%
Lakeshore	42	56	14	33.3%
Maisonneuve-Rosemont	99	148	49	49.5%
Rivière-des-Prairies	3	5	2	66.7%
Royal-Victoria (CUSM)	187	216	29	15.5%
Sacré-Cœur (Albert-Prévost)	146	162	16	11.0%
Ste-Justine		3	3	
St-Mary's	30	19	-11	-36.7%
Verdun		5	5	
Institut Philippe-Pinel	21	33	12	57.1%
Sous-Total / Moyenne	**1340**	**1752**	**412**	**30.7%**
Autres requérants				
Psycho-socio-docs	47	76	29	61.7%
Famille élargie	218	300	82	37.6%
Autres	14	8	-6	-42.9%
Autres-total	279	391	112	40.1%
Tous	**1619**	**2136**	**517**	**31.9%**

Le tableau ci-dessus montre que, depuis 1999, le recours à la garde en établissement pour tous les types de requérants a continué d'augmenter. Pour 2004, nous avons relevé 2136 requêtes de garde provisoire, de garde autorisée et de renouvellements de garde. Cela représente une hausse de près de 32% par rapport à 1999 et l'on remarque que presque tous les requérants ont augmenté cette pratique.

Les Institutions continuent de dominer le tableau dans le nombre de requêtes mais recourent toujours aussi peu à la requête de garde provisoire. Cela est très grave puisque le recours à la garde préventive ne permet pas de procéder à des examens psychiatriques si la personne refuse. Or, il est difficile de croire que des personnes qui refuseraient l'hospitalisation accepteraient quand même de subir les deux examens qui risquent de provoquer leur internement ! Les personnes que nous rencontrons nous mentionnent souvent avoir subi des examens sans même en avoir été prévenues ou même que ces examens leur sont présentés comme la seule façon de quitter l'hôpital. Cette tendance se confirme quand on épluche les dossiers du Palais de justice car les requêtes mentionnent régulièrement que les examens ont été effectués après que les personnes aient dit vouloir quitter l'établissement.

Un autre aspect de la garde en établissement que la recherche fait ressortir est celui qui concerne la présence des personnes à la cour et/ou leur représentation par avocat. Il faut reconnaître que les personnes se prévalent plus de leur droit de contester une requête qu'en 1999. Cependant on constate que le taux de présence à la cour n'atteint encore qu'une moyenne de 25% et que, dans le cas de certains hôpitaux, le taux de présence chute sous les 10% [2]! Les chiffres sont encore plus modestes quand on considère le nombre de personnes ayant eu recours à un avocat. Au total, seulement 329 personnes, soit 15% ont recouru à un avocat et dans les hôpitaux du CUSM, ce taux descend à 3%. Ne vous semble-t-il pas incroyable qu'un pays qui se présente comme un modèle de démocratie n'accorde pas d'office tous les moyens nécessaires à la défense des droits des personnes ? Notons en passant que, de leur côté, les institutions sont représentées à 100% par avocats…

Le monde de la garde en établissement continue donc d'être plutôt sombre. Et si on constate quelques avancées, notamment au chapitre du respect de certains délais, on ne peut pas dire que la situation commande un relâchement de la vigilance et de la mobilisation.

Le document sera bientôt disponible, nous espérons que vous en prendrez connaissance et qu'il servira d'outil dans cette lutte qui doit continuer.

1. Principalement par le recours aux intervenants de crise et par l'allongement à 72 heures de la période de garde dite préventive.
2. Il s'agit des hôpitaux CUSM, Royal-Victoria et Hôpital général.

Pourquoi les électrochocs doivent être abolis!

Les êtres humains ne sont pas des sujets d'expérience!

Une technique effrayante :

La technique modifiée introduit de nouveaux risques et contre-indications en tentant de minimiser les anciens ; des charges électriques capables d'allumer une lampe traversent le cerveau ; la détermination de la quantité d'électricité qui provoque une convulsion cérébrale requiert des essais successifs sur le patient lui-même et à chaque nouvelle séance ; la technique unilatérale requiert plus de voltage pour obtenir une convulsion cérébrale ; la technique en pulse (ou en ondes carrées) ne réduit pas la quantité d'énergie électrique qui traverse le cerveau ; les patients reçoivent le plus souvent 3 séances par semaine (et plus de 30 séances pendant une première période) à un voltage compris entre 140 à 460v avec une énergie électrique de plus de 70 joules comme au temps où cette technique était appelée « thérapie d'annihilation ou traitement régressif » .

Une technique où le cobaye est l'être humain :

Malgré plus de 70 ans de pratique, les électrochocs demeurent une technique expérimentale ; il y a très peu d'études scientifiques rigoureuses ; cette technique est administrée à une large palette de problèmes de santé mentale malgré les recommandations officielles (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec) ; des études comparant l'efficacité de cette technique à celles des différents traitements psychothérapeutiques n'ont jamais été faites ; les patients sont rarement suivis au-delà de six mois (plus souvent 6 semaines) ; l'importance des effets nocifs n'est pas évaluée .

Une efficacité très questionnable :

Une efficacité doit être fonction des bienfaits qu'elle apporte or lorsqu'ils parlent d'efficacité de cette technique, les scientifiques se limitent à la seule diminution de certains symptômes et ne tiennent pas compte des effets néfastes ; cette prétendue efficacité n'a été prouvée que pour les personnes souffrant de dépression majeure ; elle se situerait entre 8 et 65% pour une durée de 4 à 6 semaines selon la quantité d'énergie électrique utilisée or les effets néfastes augmentent en conséquence ; cette «efficacité » est quasi-identique aux placebos ; cette technique ne prévient pas les suicides .

Une technique humiliante :

Tout de suite après une administration d'électrochocs, les personnes sont dans un état de confusion extrême qui peut durer une semaine ; elles peuvent être soit apathiques ou au contraire euphoriques ; certaines en perdent la parole, d'autres le contrôle de la vessie etc ; le traumatisme psychologique s'apparente à celui vécu après un viol .

Des répercussions graves sur la santé :

De nombreuses contre-indications à risques graves ont été répertoriées ; les effets de l'administration des électrochocs sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire sont d'une gravité telle que des décès surviennent ; un nombre important de pertes de mémoire des évènements passés (mémoire rétrograde) durables ou permanentes est reconnu ; l'oubli à mesure (mémoire antérograde) et l'altération d'autres fonctions cognitives (attention, jugement etc) est reconnu ; il existe une controverse serrée au sein de la communauté scientifique quant à la destruction permanente des structures du cerveau ; le nombre de décès malgré la polémique sur leur cause est important .

Une autre violence faite aux femmes :

Les femmes sont deux fois plus nombreuses à recevoir des électrochocs que les hommes ; les femmes de plus de 60 ans sont les plus surreprésentées .

IL EXISTE DE NOMBREUSES ALTERNATIVES AUX ÉLECTROCHOCS :

Non seulement prouvées mais en plus améliorant la qualité de vie et la fonctionnalité des personnes.

LA NON PERTINENCE, EN CE QUI CONCERNE LES ÉLECTROCHOCS, DE SE RÉFÉRER AU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ :

Le droit d'une personne d'être avisée des risques que comporte un traitement et de décider elle-même si elle les accepte est capital et indéniable. Mais un traitement ayant des effets nocifs sur la santé n'a lieu d'être proposé que si et seulement si, il comporte des bénéfices incontestables supérieurs à sa nocivité et qu'il n'existe aucun autre traitement moins nocif, or comme démontré ci-dessus, les électrochocs ne satisfont à aucune de ces conditions.

POUR TOUTES CES RAISONS, NOUS EXIGEONS DU MSSS L'INTERDICTION IMMÉDIATE DE L'ADMINISTRATION DES ÉLECTROCHOCS !

Pour de plus amples informations:

www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/parec.html
Courriel: pare-chocs@hotmail.com

Les électrochocs et le droit à l'information

L'ENFER de la médaille

En août dernier alors que j'étais très déprimée, je me rendis à mon rendez-vous avec mon psychiatre traitant. Je lui ai mentionné que le Lamictal me causait des effets secondaires bien déplaisants.

En effet, l'eczéma dont je souffre depuis des années avait pris des proportions démesurées depuis que j'utilisais le médicament ci-haut mentionné.

Le psychiatre en question craignait plutôt que mes lésions puissent être dues au syndrome Steven-Johnson, une affection pouvant s'avérer dangereuse associée à l'utilisation du Lamictal. Il me dit alors que je devais me rendre immédiatement à l'urgence psychiatrique, le temps de me sevrer dudit médicament et afin de consulter un dermatologue. L'arrêt du traitement devant se faire à l'hôpital à cause des risques de convulsions s'y rattachant.

Étant déjà déprimée, l'idée de passer un séjour à l'hôpital ne me plaisait guère. J'acceptais cependant bien volontiers de cesser l'utilisation du Lamictal.

À l'urgence, je passais tout mon temps couchée, ne mangeant presque rien. De toutes façons la nourriture nous parvenait toujours froide.

Un dermatologue vint m'examiner et me prescrit onguents et médicaments. Puis, un beau soir, une technicienne vint me passer, sans explications, un électrocardiogramme. Un peu plus tard, une autre technicienne est venue me chercher afin de me faire subir une série de radiographies.

Je demandais alors au psychiatre de garde de me donner la raison qui justifiait de tels examens radiologiques. Celui-ci répondit que je devais en parler à mon médecin traitant.

Craignant alors de souffrir du fameux et mystérieux

syndrome de « Stevens-Johnson », j'acceptai alors lesdites radiographies (tête, cou, poumons) et ce, dans la plus grande des inquiétudes.

Le jour suivant je demandai à un second psychiatre de garde la raison de tout ces examens. Je reçu encore la même réponse « Vous en parlerez avec votre psychiatre. »

Soudain, je vis passer mon psychiatre avec une étudiante en médecine. Je posai alors la sempiternelle question « pourquoi tout ces tests ? »

Sa réponse fut cinglante: « Mais c'est pour vos électrochocs ! »

Je devin vite en colère. Que voulez-vous, les gens déprimés sont souvent si irritables !

Je lui dis alors qu'il aurait dû avoir la décence de me demander « avant » si j'acceptais de recevoir ce genre de traitement. J'ajoutai alors: « si vous procédez à des radiographies avant de commencer la sismothérapie serait-ce parce qu'il y a des risques de fractures associées à ces pratiques? »

Il resta stupéfait puis se ressaisit et me dit:

« Vous devriez être reconnaissante de ma conscience professionnelle. La majorité des psychiatres ne procèdent pas à des radiographies avant de faire subir des électrochocs, par souci d'économie. »

Ce médecin ne comprenait vraiment pas les raisons qui provoquaient ma colère.

Un peu plus tard, ce même soir, l'étudiante en médecine qui avait assisté à la scène me dit à voix basse « j'aimerais vous parler seule à seule. »

Ce qu'elle fit, en me disant « au nom de la médecine je tiens à vous présenter mes excuses. J'ai dit à votre médecin que je n'aimerais pas non plus subir une série de tests sans que l'on ne m'en donne les raisons. »

Il y a peut-être de l'espoir avec la relève.

Cependant, ce qui m'irrite c'est que quelques années auparavant, dans ce même hôpital, j'avais refusé de recevoir des électrochocs. Cela devait bien être écrit quelque part dans mon dossier.

Cette situation n'est qu'une autre démonstration du manque de respect dont sont victimes les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Je suis en colère, parce que j'ai subi des tests inutiles, me croyant être atteinte d'un syndrome rare et dangereux. Je suis en colère d'avoir été tenue dans l'ignorance et que l'on ait « magouillé » dans mon dos.

Et que penser des nombreux psychiatres qui, par souci d'économie et par une sorte de « je-m'en-foutisme », ne préviennent pas leurs patients des risques associés aux électrochocs.

Finalement, j'appris qu je n'étais pas atteinte du mystérieux syndrome mais simplement d'une poussée d'eczéma secondaire à l'utilisation du Lamictal.

Pour conclure, soyez vigilant et restez sur vos gardes. Vous avez le droit de refuser ou d'accepter tout traitement et le droit de connaître les effets secondaires de tels traitements..

P.S. J'ai changé de psychiatre depuis cet événement.

Lorsque je suis hospitalisé pour des problèmes en santé mentale

J'ai des droits

Quels sont mes droits?

Qui peut m'aider?

Que puis-je faire?

Action Autonomie

Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

525-5060

Témoignage

Déménager pour changer de docteur.

Depuis 1999 , j'ai un suivi en psychiatrie au pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-cœur de Montréal.

Le médecin psychiatre qui me fut attitré m'était très antipathique et agissait de manière peu éthique. À la place de m'aider à vivre correctement dans la société (comme je suis parvenu à faire par moi-même en travaillant et en étant complètement autonome dès 2003), celui-ci cherchait à me rabaisser en essayant de me forcer à être sur l'assistance sociale (B.S.), et en foyer de groupe sans espoir d'autonomie, devant obéir comme un esclave à tout ce qu'il décidait. On est loin de l'implication et de la participation dans le plan du traitement. De plus, celui-ci a cherché à me faire enlever mon permis de conduire à 2 reprises (J'ai dû me débrouiller en ayant un suivi avec un stagiaire psychiatre pour garder ce permis de conduire et à une autre occasion j'ai dû prendre un avocat). De plus Monsieur Q m'a menacé de me faire perdre mon travail. À contrecœur j'ai joué son jeu et lui ait obéi pendant un bout de temps afin d'obtenir un emploi. De plus Monsieur Q refuse que je sois accompagné lorsque je dois le rencontrer. Alors que la loi est claire au niveau du droit à l'accompagnement (probablement qu'il ne veut pas que mes proche voient sa méchanceté et sa manipulation). Mon droit au changement de médecin fut aussi bafoué dans ce dossier, j'y reviendrai. En fait, je m'étais toujours bien entendu avec les autres médecins psychiatre (stagiaire) que j'ai eu. Monsieur Q m'a imposé un ergothérapeute pour m'inculquer que j'étais un incapable, totalement fou et non autonome, Quand je parle d'esclavage c'est que si je n'obéissais pas à mon médecin psychiatre Monsieur Q celui-ci me disait que je serais encore plus dans la merde; donc toute liberté d'expression, d'autonomie étaient constamment menacée par Monsieur Q et l'ergothérapeute. J'avais déjà dit à l'ergothérapeute que je voulais changer le psychiatre qui m'était imposé. Celui-ci s'est alors mis à crier et m'a menacé encore une fois de perte d'emploi, d'autonomie et de liberté (permis de conduire, appartement, internement). J'ai donc attendu d'avoir un emploi stable et syndiqué à plein temps avant de démarrer mes procédures de changement de psychiatre dans ce même hôpital. J'ai même interpellé des intervenants (travailleurs sociaux non relié à Albert-Prévost) pour venir constater la méchanceté de ce psychiatre. Donc depuis plus d'un an (février 2004), je me suis arrangé pour avoir un suivi temporaire avec mon médecin de famille qui est très approprié et j'ai interpellé le commissaire à la qualité des services verbalement pour changer de médecin. Le dossier n'a été traité que lorsque j'ai mit par écrit officiel ma demande de changement de médecin. Le commissaire a refilé le dossier au médecin examinateur d'Albert-Prévost (le responsable des plaintes clinique) et celui-ci, a seulement essayé de me convaincre de rester avec Monsieur Q. J'ai parlé à 5 reprises a ce médecin examinateur (qui dit que je ne me suis jamais ouvert à parler) en lui demandant s'il allait faire le changement et celui-ci m'a dit qu'il ne veut même pas regarder le dossier et il m'envoie promener en disant «t'ira en révision de la décision». Il va sans dire que le médecin examinateur est le collègue de travail de Monsieur Q, puisqu'il est un boss de Monsieur Q. Ils sont tous les deux dans la même famille hospitalière de Sacré-cœur. Pour ce qui est de l'impartialité dans l'évolution de ma demande c'est quasi nulle.

Parallèlement j'ai tenté de changer d'hôpital pour me donner le plus de chance possible de changer de psychiatre mais malheureusement la psychiatrie demeure le seul service hospitalier encore sectorisé. Donc je suis attaché au pavillon Albert-Prévost de l'hôpital Sacré-cœur (soit de Monsieur Q) tant que je demeure dans ce secteur. En conclusion je déménage donc hors de ce secteur pour acquérir ma complète liberté et autonomie pour favoriser mon épanouissement et mon bonheur. La décision que j'ai prise pour faire face à ce cirque bureaucratique et m'assurer un suivi adéquat est ni plus ni moins de déménager!

Le futur déménageur déchu.

Joignez-vous à

ACTION AUTONOMIE

Le collectif pour la défense des droits
en santé mentale de
Montréal

Action Autonomie est un organisme sans but lucratif. Il a été mis sur pied pour et par des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale et convaincues de la nécessité de se regrouper afin de faire valoir leurs droits.

La promotion et la défense de vos droits	Diffuser de l'information sur le droits et les recours à ses membres, aux usagers et à la population. Faciliter l'accès aux mécanismes de traitement des plaintes. Assurer le respect des droits et l'accès à des services de qualité. Veiller au respect des droits fondamentaux, ex: droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée... Faire des représentations et réaliser des actions afin de promouvoir et défendre les droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Bienvenue

Action Autonomie

1260 Ste-Catherine Est
2e étage, bureau 208
Montréal, Qc.
H2L 2H2
(En face du métro Beaudry)
téléphone: 525-5060
télécopie: 525-5580
www.actionautonomie.qc.ca
lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Membre de l'Association des groupes d'intervention et de défense des droits en santé mentale du Québec